

Schmerz 2016 · 30:358–361  
 DOI 10.1007/s00482-016-0116-7  
 Online publiziert: 7. Juni 2016  
 © The Author(s) 2016. This article is available  
 at SpringerLink with Open Access



J. Osterbrink<sup>1</sup> · N. Nestler<sup>1</sup> · N. Schüßler<sup>1</sup> · S. Hemling<sup>1</sup> · I. Gnass<sup>1</sup> · L. Radbruch<sup>2</sup> ·  
 F. Wagner<sup>3</sup> · W. Jaksch<sup>4</sup> · M. Schäfer<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

<sup>2</sup> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup> Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V., Berlin, Deutschland

<sup>4</sup> Österreichische Schmerzgesellschaft, Wien, Österreich

<sup>5</sup> Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland

## Münster-Charta

### Eine Charta zur Umsetzung einer hochwertigen Schmerztherapie

Alle Menschen haben einen Anspruch auf eine hochwertige Schmerztherapie.

Diese Schmerz-Charta ist aus dem Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfremde Stadt“ entstanden und will die Notwendigkeiten für eine berufsgruppenübergreifende systematische Schmerzversorgung aufzeigen. Hierzu wurden 7 Forderungen aufgestellt, die im Nachgang begründet werden und für die eine Notwendigkeit der Umsetzung dargestellt wird.

Diese Charta wurde mit der Deutschen Schmerzgesellschaft, der Österreichischen Schmerzgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wie auch mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe abgestimmt, die die hier formulierten Forderungen unterstützen und sich so gemeinsamen diesen Herausforderungen stellen.

Im Folgenden wird die Charta in Gänze dargestellt.

#### Präambel

Schmerz ist eine komplexe gesundheitliche Einschränkung und kann alle Lebensbereiche beeinträchtigen. Bei der Schmerzversorgung sind so neben physischen Aspekten auch psychische und soziale Faktoren der Patienten zu berücksichtigen. Entsprechend vielseitig muss die Versorgung von Schmerzpatienten in Zusammenarbeit durch die daran beteiligten Akteure sein. Zudem wird der

Versorgungsbedarf für Schmerzkrankte aufgrund des demografischen Wandels und der Zunahme verschiedener Erkrankungen

- mit der Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität,
- mit der Zunahme an psychosomatischen Krankheitsbildern,
- mit der Zunahme an komplexen pflegerischen Versorgungsherausforderungen steigen.

Durch chronischen Schmerz entstehen in Deutschland jährlich zwischen 20,5 und 29 Mrd. Euro an direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten [3]. Die Bundesregierung geht derzeit von einem Anteil von 10 bis 20 % und somit 6,7–13 Mio. Erwachsenen aus, die an chronischen Schmerzen leiden [2]. Fast ein Drittel der Betroffenen in Deutschland berichten von einer Unterversorgung mit starken Analgetika [1]. Werden Schmerzen nicht erkannt oder zu spät behandelt, hat das für die Betroffenen – häufig auch ihre Angehörigen – weitreichende Folgen für Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Lebensqualität. Nicht rechtzeitig oder unzureichend versorgte Schmerzen chronifizieren und werden zu einer eigenständigen Erkrankung. Den Teufelskreis Schmerz frühzeitig zu erkennen und wirkungsvoll zu unterbrechen, indem Schmerz rechtzeitig erkannt und leitliniengerecht therapiert wird, ist da-

mit ein medizinischer, ein gesellschaftlicher wie auch ein politischer Auftrag.

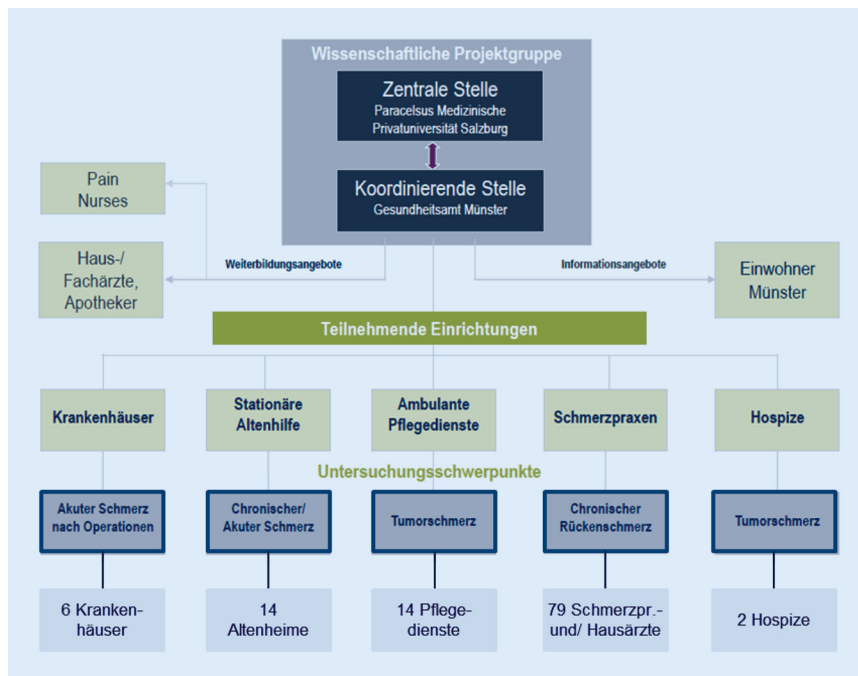
Die bedeutendste Strategie zur Vermeidung chronischer Schmerzen ist die Bekämpfung akuter Schmerzen. Darüber hinaus hat eine adäquate Schmerzlinderung in der akuten Versorgung viele weitere positive Effekte auf die Genesung und das Wohlbefinden. Daher adressiert diese Charta nicht nur chronische Schmerzen, sondern stellt gleichermaßen Forderungen zur Verbesserung in der regionalen wie auch überregionalen Akutschmerzversorgung auf.

Die Versorgung von Schmerzpatienten in einer palliativen Situation wird in dieser Charta nicht separat ausgewiesen, da dies eine spezielle Herausforderung darstellt.

Mit dem Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfremde Stadt Münster“ ([www.schmerzfremdestadt.de](http://www.schmerzfremdestadt.de)) wurden verschiedene Schmerzarten (akuter postoperativer, chronischer und Tumorschmerz) auf einer kommunalen Ebene berufsgruppenübergreifend wissenschaftlich beleuchtet (■ Abb. 1).

Nach der knapp 4-jährigen Projektlaufzeit zeigten sich verschiedene Ansatzpunkte für notwendige Veränderungen in der Versorgung von Schmerzpatienten in der Kommune.

Dabei sticht v. a. eine Erkenntnis heraus, die zugleich den Impuls für die Entwicklung dieser Charta gab: Schmerzversorgung ist eine Herausforderung, der



**Abb. 1** ▲ Darstellung der Projektstruktur „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“

sich eine Region, eine Stadt, eine Kommune durch Kooperation und Vernetzung aller an dieser Versorgung beteiligten Akteure stellen muss. Optimierungen in einzelnen Einrichtungen oder auch in einzelnen Sektoren bringen für den Patienten zwar in der jeweiligen Versorgungssituation Verbesserungen, jedoch werden so Schnittstellenproblematiken zu wenig oder gar nicht beachtet und führen dazu, dass Patienten nach Verlassen des jeweiligen Settings Brüche in Therapie und Versorgung erfahren.

Anpassungen eines Versorgungsangebots an spezifische Bevölkerungsstrukturen sind essenziell, um verschiedenen Bedarfen unterschiedlicher Altersgruppen und Erkrankungsspektren in Bezug auf Schmerz mit einer hochwertigen Versorgung gerecht werden zu können. Dies gelingt nicht ohne die Beachtung der spezifischen Versorgungsbedarfe der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Eine systematische Vernetzung der regionalen Gesundheitsversorgung steht hier ebenso auf der Agenda, wie die vermehrte Qualifikation von Angehörigen der Heilberufe zum Thema Schmerzmanagement. Doch gerade im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie bei der (Weiter-)Entwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen sind regionalen Entschei-

dern erhebliche Grenzen gesetzt. Hier sind gleichermaßen landes- und bundespolitische Ebenen gefragt, sich den Herausforderungen, die sich in der Schmerzversorgung stellen, zu widmen.

Mit der vorliegenden Charta wird ein Anforderungskatalog an ein Schmerzmanagement als Schlussfolgerung aus aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen formuliert, der als Leitfaden und Zielorientierung für bundes- und landesweite sowie ebenfalls kommunale Entscheidungsträger dienen soll. Ziel entsprechender Bestrebungen muss sein, verschiedene Akteure unter Berücksichtigung regionaler Strukturen miteinander ins Gespräch zu bringen und so die Forderungen dieser Charta umzusetzen.

Die Charta beinhaltet insgesamt 7 übergeordnete Kernforderungen mit entsprechenden Ausführungen, die den augenblicklichen Stand des Wissens zum Thema darstellen. Bei den Ergebnissen handelt es sich um eine Beschreibung der Ist-Situation in verschiedenen Einrichtungen, Vorher-Nachher-Vergleichen, abgeleitete Erkenntnisse im Bereich der qualitativen Sozialforschung sowie um Erfahrungswerte aus dem Projekt.

## Forderungen

### Individuelle Versorgung

Moderne Schmerztherapie orientiert sich an den Bedürfnissen und gesundheitsbezogenen Voraussetzungen des einzelnen Patienten.

- Die Gesundheitsberufe müssen standardisierte Verfahren unter Berücksichtigung psychologischer und sozialer Aspekte für eine patientenorientierte Schmerztherapie umsetzen.
- Die individuelle Versorgung muss das Ziel haben, die Stärkung des Patienten, die Aktivierung, und Förderung seiner Selbstmanagementkompetenz und Ressourcen – auch unter Berücksichtigung der Lebensphase – zu unterstützen.
- Die Gesundheitsberufe sind in der Verantwortung, die Kompetenz der Patienten und Angehörigen zum Umgang mit Schmerzen durch geeignete edukative Maßnahmen zu stärken und sie zu einer aktiven Mitgestaltung zu befähigen.
- Eine patientenorientierte Schmerztherapie strebt realistische, gemeinsam mit dem Patienten vereinbarte Ziele an.
- Im Rahmen der individuellen Versorgung müssen auch Betroffene mit Bewusstseins- oder kognitiven Einschränkungen (beispielsweise Menschen mit geistiger Behinderung oder mit demenzieller Erkrankung) mit geeigneten Verfahren diagnostiziert und unter Berücksichtigung der eigenen Fähigkeiten therapiert werden.
- Ein Schmerzassessment muss initial als Grundlage zur Entscheidung über die Therapie(-form) eingesetzt werden und durch regelmäßige Erfassung des Behandlungserfolgs überwacht werden.
- Bei der Wahl der Erfassungsinstrumente ist sowohl den körperlichen als auch den kognitiven Fähigkeiten des Patienten Rechnung zu tragen. Dabei müssen anerkannte Instrumente zur Erhebung der Schmerzintensität verwendet werden. Insbesondere bei nicht selbstauskunftsfähigen und/

oder dementen Personen sind Instrumente der Fremdeinschätzung zu nutzen.

## Prävention chronischer Schmerzen

Zur Prävention chronischer Schmerzen werden eine angemessene Akutschmerztherapie und eine adäquate Behandlung von Grunderkrankungen benötigt.

- Die Versorgung (chronischer) Grunderkrankungen muss darauf abzielen, Schmerzzusachen zu behandeln und durch eine angemessene Symptomkontrolle eine Schmerzreduktion zu erreichen.
- Vorschlag: Es müssen politisch Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ein gesundheitsförderndes Umfeld und die Stärkung eines gesundheitsfördernden Verhaltens ermöglichen. Darin besteht ein wichtiger Beitrag in der Vermeidung von chronischen Schmerzen.
- Chronische Schmerzen können verhindert werden, wenn Akutschmerzen bis zum Abschluss des Heilungsprozesses/Genesungsprozesses patientenorientiert und nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen behandelt werden. Die dazu erforderlichen Rahmenbedingungen müssen durch politische Maßnahmen geschaffen werden.
- Durch geeignete präventive Maßnahmen sowie leitlinien- und standardgerechte Therapieformen werden Schmerzen verhindert bzw. reduziert. Daher müssen Präventionsmöglichkeiten ausgebaut und ein stärkeres Bewusstsein von allen an der Versorgung Beteiligten für alle Therapieoptionen geschaffen werden.
- Es muss das Ziel sein, dem Patienten einen bedarfsgerechten Zugang zu einer adäquaten Schmerzversorgung zu ermöglichen.
- Patientenorientierte Behandlung akuter Schmerzen zur Prävention von chronischen Schmerzen beinhaltet auch Aspekte der Gesundheitsförderung in der Notfallsituation, in der subakuten Versorgung und der Rehabilitation.

## Qualität und Qualifikation

Eine qualitativ hochwertige Schmerzversorgung muss dem aktuellsten Stand der Wissenschaft entsprechen und bedarf der Mitwirkung der unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen.

- Die Diagnostik und Therapie von Schmerzen muss dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen.
- Die Ausbildung der Gesundheitsberufe bedarf einer fach- und berufsgruppenübergreifenden Ausrichtung. Sie muss dem Anspruch genügen, allgemeine Handlungskompetenzen zu vermitteln. Eine universitäre Ausbildung ist, wo noch nicht gegeben, anzustreben. Zusätzlich bedarf es einer verpflichtenden regelmäßigen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe im Themenfeld Schmerz, um Wissen als Basis für Handlungskompetenz sicherzustellen.
- Um die Implementierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis zu gewährleisten, müssen Fort- und Weiterbildung zum Thema Schmerz für alle Gesundheitsberufe gestärkt werden. Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe sollte fach- und berufsgruppenübergreifend ausgerichtet sein und spezialisierte Inhalte (z. B. Schmerzmanagement bei Demenzerkrankten) vermitteln.
- Die inhaltlichen Anforderungen an die Tätigkeit und Qualifikation der einzelnen im Schmerzmanagement tätigen Berufsgruppen müssen klar definiert werden.
- Nationale Leitlinien und Standards müssen durch einrichtungsspezifische Regelungen in den Versorgungsalltag verankert werden. Diese Verankerung muss politisch festgelegt sein und anhand von Qualitätsindikatoren geprüft werden.
- Regelmäßige Evaluationen müssen durchgeführt werden, um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess der Schmerzversorgung in allen Einrichtungen sicherzustellen.
- Eine an die Expertise angepasste Vergütung der Experten zum Thema Schmerz aus den unterschiedli-

chen Gesundheitsfachberufen wird gefordert. Die mit der Expertise einhergehende hohe Kompetenz und Verantwortung muss sich hier widerspiegeln.

## Struktur

Es bedarf einer zugänglichen und bedarfsgerechten Versorgungsstruktur. Eine leitlinien- und standardgerechte Schmerzmedizin muss sichergestellt sein und dabei müssen allgemeine Angebote sowie spezialisierte Therapiemöglichkeiten kooperativ miteinander verbunden werden.

- Um den steigenden Versorgungsbedarf chronisch schmerzkranker Menschen zu decken, müssen mehr Spezialisten zum Thema Schmerz ausgebildet werden.
- Zur Umsetzung einer lückenlosen multimodalen Schmerztherapie werden mehr Kapazitäten im Bereich der ambulanten Schmerztherapie benötigt.
- Die aktuelle Fallzahlbegrenzung bei schmerztherapeutisch weitergebildeten Ärzten muss bei guter Ergebnisqualität adaptiert werden.
- Spezialisierte Leistungen im Schmerzmanagement aller Gesundheitsberufe müssen besser vergütet werden bzw. entsprechende Abrechnungssysteme für die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten geschaffen werden.
- Insbesondere für den ambulanten Versorgungsbereich ist eine ausreichend verfügbare psychotherapeutische Kompetenz sicherzustellen.
- Beruflich Pflegende und Physiotherapeuten müssen in allen Versorgungsstrukturen aktiv in die Schmerzversorgung eingebunden werden.

## Regionale Lösungen

Die Umsetzung einer bedarfsgerechten Schmerztherapie muss an die regionalen Gegebenheiten und Bedarfe (z. B. demografische Struktur, Haus- u. Facharzt-dichte) angepasst werden.

- Um schmerztherapeutische Angebote besser aufeinander abzustimmen

und für alle Bürger zugänglich zu machen, bedarf es Anstrengungen auf regionaler Ebene.

- Damit eine leitlinien- und standardgerechte Versorgung stattfinden kann, muss die Infrastruktur und Vernetzung von Versorgungsbe- reichen und -einrichtungen den lokalen Anforderungen entsprechend angepasst sein.
- Eine regelmäßige Evaluation des re- gionalen Angebots soll sicherstellen, dass Versorgungslücken frühzeitig identifiziert werden.
- Ein berufsgruppenübergreifender Austausch, Fort- und Weiterbildun- gen zum Thema Schmerzmanage- ment im regionalen Kontext müssen Teil der Fortbildungsverpflichtung aller Berufsgruppen sein.
- Die primär behandelnde ärztliche Einrichtung muss die regionalen Möglichkeiten der Weiterleitung des Patienten an einen fachärztlichen Kollegen bzw. Schmerzspezialisten kennen und kann diesen bei Be- darf zeitnah und lückenlos in die Behandlung einbinden.

## Vernetzung

Eine allgemeine schmerztherapeutische Versorgung muss bei Bedarf ohne Versor- gungsbrüche in eine spezialisierte mul- timodale Form übergehen.

- Es muss eine mit allen an der Ver- sorgung Beteiligten abgestimmte Versorgung anhand eines patienten- zentrierten Gesamtkonzepts erfolgen. Zur Umsetzung bedarf es interdis- ziplinärer und multiprofessioneller Regelungen sowie der Stärkung der Patienten- und Angehörigenkompe- tenz.
- Zur zeitnahen und lückenlosen Einbindung unterschiedlicher Fa- chexpertisen müssen Kompetenzen zur Netzwerkarbeit und zum Netz- werkaufbau politisch gefordert und gefördert werden.
- Es bedarf eines schmerzbezogenen Casemanagements bei komplexer Therapieanforderung, das die jeweils notwendige Expertise einbezieht und eine gesteigerte Aufmerksamkeit für die Schnittstellen zwischen

medizinischen Einrichtungen und der ambulanten als auch stationären Pflege beinhaltet.

- Regelungen für Zuständigkeiten und der interprofessionellen Zusammen- arbeit müssen erarbeitet werden.
- Es bedarf des systematischen Aus- tauschs der verschiedenen Akteu- re im Gesundheitswesen, um die verschiedenen Möglichkeiten der strukturellen Vernetzung regelhaft zu nutzen und Modellvorhaben anzu- streben (z. B. Disease-Management- Programm zu häufigen Schmerzpro- blemen, integrierte Versorgungsver- träge, regionale Kompetenznetzwer- ke)

## Sicherung der Nachhaltigkeit

Eine nachhaltige qualitativ hochwertige Schmerzversorgung erfordert ständige Qualitätssicherung und muss einer konti- nuierlichen Qualitätsüberprüfung stand- halten.

- Um die Nachhaltigkeit von Maßnah- men zur Qualitätssicherung und den damit verbundenen Verbesserungen sicherzustellen, müssen spezialisierte Experten in den Einrichtungen fest verankert sein.
- Ein kontinuierlicher Informations- austausch über Herausforderungen in der Umsetzung von qualitätssichern- den Maßnahmen und/oder über neue Entwicklungen muss regelmä- ßig in multiprofessionellen Gruppen stattfinden. Dies kann beispie- lweise über einrichtungsinterne wie auch -übergreifende Qualitätszirkel erfolgen.
- Einrichtungsspezifische Konzepte über Abläufe und Zuständigkeiten bei der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit müssen gemeinsam erarbeitet, schriftlich fixiert und regelmäßig aktualisiert sein.
- Zur Sicherung einer nachhaltigen Qualität müssen ergebnisorien- tierte Qualitätsindikatoren für die Akutschmerztherapie politisch fest- geschrieben und durch externe Einrichtungen überprüft werden.
- Um die schmerztherapeutische Qua- lität langfristig zu sichern, bedarf es einer Stärkung der patientenzentrier-

ten, berufsgruppenübergreifenden Versorgungsforschung im Bereich Schmerz.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Dr. h.c. J. Osterbrink**

Institut für Pflegewissenschaft und -praxis,  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität  
Strubergasse 21, 5020 Salzburg, Österreich  
juergen.osterbrink@pmu.ac.at

**Open Access.** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

## Literatur

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 10:287–333
2. Bundestag (2013) Versorgungslage chronisch schmerzkranker Menschen. Drucksache 17/14357. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft, Berlin
3. Dietl M, Korczak D (2011) Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln